

Ein Fall von Coincidenz zweier seltenerer Geburtshindernisse: Tumor des unteren Beckenraumes und narbige Verengung des äusseren Muttermundes.

Von Dr. M. Haagen in Gerdauen.

In der hinteren Scheidengegend gelegene cystische Tumoren von solcher Grösse, dass sie durch Raumbeengung der unteren Partien des Beckens die Geburt verhindern, sind kein häufiges Vorkommniss. Da ich ein derartiges Geburtshinderniss bei zwei hintereinander folgenden Entbindungen an derselben Frau beobachtet habe, sei es mir gestattet, die sich über vier Jahre erstreckende Krankengeschichte mitzutheilen, zumal der Fall bei der letzten Geburt sich durch das gleichzeitige Vorhandensein einer hochgradigen narbigen Stenose am äusseren Muttermunde zu einem recht complizirten gestaltete.

Es handelte sich um eine 30jährige Primipara, Glasermeistersfrau D. aus G., zu welcher ich am 8. Dezember 1896 zum ersten Male gerufen wurde. Bei der inneren Untersuchung stiess der eingeführte Zeigefinger gleich hinter dem Introitus vaginae auf ein Hinderniss: Die hintere Scheidenwand war durch eine grosse Geschwulst stark nach vorn vorgewölbt. Da diese Untersuchung sehr schmerzhaft zu sein schien und zu keinem endgültigen Resultate führte, wurde die Frau narkotisiert. Nun liessen sich bei erhöhter Steisslagerung der eingeführte Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand an der Geschwulst vorbei in der stark verengten Scheide hoch genug hinaufzwängen, um zu erkennen, dass der Kopf vorlag. Es gelang aber nicht, um die Geschwulst vorbei bis zum Promontorium mit der Fingerspitze zu kommen. Vom Rectum aus liess sich der Tumor gleichfalls abtasten. Die Gestalt desselben war eine kugelige, seine Grösse entsprach der eines Kindskopfes. Weder von der Scheide noch vom Mastdarm aus liess sich die Geschwulst verschieben, nirgends sich an ihr eine Spur von Fluktuation nachweisen, vielmehr machte sie durchaus den Eindruck eines soliden Tumors. Es lag auf der Hand, dass, wenn es nicht gelang, die Geschwulst zu verkleinern, zur Beendigung der Geburt als Ultimum refugium nur die Sectio caesarea, wie beim absolut verengten Becken übrig blieb. Glücklicher Weise stellte sich bei der von der hinteren Scheidenwand aus vorgenommenen Probepunktion der Tumor als eine sehr prall gefüllte Cyste heraus. Es wurde nun ein circa 7 cm langer Schnitt durch die hintere Scheidenwand tief in die Geschwulst hinein gemacht und mit dem Zeigefinger eingegangen, wobei sich herausstellte, dass die Höhle mehrkammerig war. Die trennenden Septa wurden so weit wie möglich mit dem Finger zerstört. (Operateur Dr. Colley-Insterburg). In breitem Strome entleerte sich eine dunkelbraune, geruchlose, etwas fadenziehende, trübe Flüssigkeit, deren Menge circa $\frac{3}{4}$ Liter betrug. Größere, geformte Beimengungen fehlten in dem Cysteninhalte. Zwar war durch das Zusammenfallen des Geschwulstsackes die Scheide frei geworden, doch war die Wehentätigkeit eine so minimale, dass die Zange an den zum grössten Theile durch den Beckeneingang getretenen Kopf nach dreistündigem Zuwarten angelegt wurde. Es wurde ein gut ausgewachsenes, leider asphyktisches Kind geboren, das trotz eifriger Belebungsversuche nicht zum Athmen zu bringen war. Die Placenta wurde mittelst Credé'schen Handgriffes entfernt, die Cystenhöhle mit Jodoformgaze tamponirt. Der eingetretene Dammriss zweiten Grades wurde genäht.

Das darauf folgende Wochenbett verlief unter Fieber, Nachblutungen und Eiterung aus der Cystenhöhle, Urinretention, grosser allgemeiner Schwäche, nicht ohne Befürchtungen für das Leben der Kranken. Der Tampon wurde bald nach der Entbindung durch einen starken Gummidrain ersetzt, durch welche die eiternde Cystenhöhle regelmässig mit antiseptischen Lösungen ausgespült wurde. Nach drei Monaten konnte bei völligem Versiegen der Sekretion das Drainrohr entfernt werden, und einige Wochen später war die Inzisionswunde durch eine lineare Narbe festgeschlossen. Das Septum recto-vaginale wies damals ein etwas verdicktes Gewebe auf, von einer neuerlichen Anfüllung des Cystensackes war weder per vaginam, noch per rectum etwas zu fühlen. Eine Vereinigung der Wundränder des Dammrisses per primam intentionem war nicht erfolgt.

Zu Anfang des Jahres 1899, also zwei Jahre später, consultirte mich die Frau wieder wegen Unterleibsbeschwerden, als deren Ursache eine rüsselförmige Hypertrophie der Portio und jederseits ein tiefgehender Einriss an derselben, Retroversio flexio uteri und der alte Dammriss angesehen werden mussten. Am 24. Februar 1899 wurden in Folge dessen von Herrn Prof. Winter in Königsberg i. Pr. die Amputatio portionis, die Colporrhaphia anterior und posterior und die Alexander-Adam'sche Operation ausgeführt.

Ein Jahr später wurde Frau D. wieder schwanger. Ich wurde zu ihr, als die Wehentätigkeit bereits seit einigen Stunden begonnen hatte, am 6. Oktober 1900 gerufen. Als ich hinkam, war das Fruchtwasser bereits abgeflossen. Der Fundus uteri stand handbreit über dem Nabel, der Kindskopf war durch die Bauchdecken über dem kleinen Becken fühlbar. Nach dem Ausbleiben der Menstruation und dem

ersten Auftreten der Kindsbewegungen zu schliessen, fehlten noch zwei Monate bis zum normalen Ende der Gravidität. Die Digital-exploration ergab zu meiner Ueberraschung das Vorhandensein eines der Lage und Grösse nach ganz ähnlichen Tumors, wie bei der ersten Entbindung, nur die Consistenz war eine etwas weichere, nur liess sich auch Fluktuation nachweisen. Mit einiger Mühe konnte ich, ohne Narkose diesmal, bis zum unteren Abschnitt des Uterus gelangen, wo ich an Stelle der fehlenden Portio eine zehnpfennigstückgrosse, kreisrunde Oeffnung fühlte, deren nicht prominenter, vollkommen glatter Rand aus einem auffallend derben, festen, narbigen Gewebe bestand. Durch diese Lücke, den künstlichen äusseren Muttermund, fühlte ich den vorliegenden Kopf mit frei in die Scheide hinabhängenden Haaren. Es lag auf der Hand, dass die Verkleinerung der Geschwulst wieder nothwendig war, sowohl um die Geburtswege für den durchtretenden Kopf frei zu machen, als auch um die Cervixstenose zu beseitigen, da diese den Eindruck vollkommener Unnachgiebigkeit machte. Da indessen der Kräftezustand der Kreissenden ein sehr guter, der Puls und die Temperatur nichts zu wünschen übrig liessen, verordnete ich zunächst nur heisse Scheidendouchen zur Anregung der Wehentätigkeit. Trotzdem war letztere eine sehr schlechte, es erfolgte nicht die geringste Erweiterung des Muttermundes, und als am 8. Oktober Morgens die Temperatur auf 38,7° C gestiegen war, das Kind keine Bewegungen mehr machte und die fötalen Herztöne nicht gehört werden konnten, entschloss ich mich im Interesse der Mutter zu einem aktiven Vorgehen behufs Beendigung der Geburt. Mittelst starken Trocarts wurde zunächst aus der Cyste circa $\frac{1}{2}$ Liter Flüssigkeit von ähnlicher makroskopischer Beschaffenheit wie beim ersten Male entleert. (Die Flüssigkeit erinnerte an den Inhalt von Ovarialcysten. Mikroskopisch liessen sich zahlreiche Cholesterinkristalle, amorphe braune Detritusmassen, aber sonst keine corpuskulären Bestandtheile nachweisen). Nach der Punktion liessen sich bequem nur in Narkose zwei Scheidenspekula einführen, worauf es möglich war, den Gebärmutterhals mit der noch immer nur zehnpfennigstückgrossen, runden Oeffnung einzustellen, hinter welcher dicht anliegend der Kindskopf sichtbar wurde. Mittelst einer langen Cooper'schen Scheere machte ich nun drei je 2 cm lange Inzisionen in den Rand des Muttermundes, wobei sich kaum einige Tropfen Blutes entleerten. Da trotz heisser Scheidenspülungen nach mehr als einer Stunde die Geburt in keiner Weise Fortschritte gemacht hatte, wurde der Kopf des Kindes perforirt und mittelst der Kranioklasten extrahirt. Das auf diese Weise entwickelte Kind maass 42 cm in der Länge.

Das Wochenbett verlief diesmal tadellos. Die Frau konnte am zehnten Tage nach der Entbindung im besten Wohlbefinden das Bett verlassen und hat seitdem ärztliche Hülfe nicht mehr gebraucht.

Dieses die Krankengeschichte. Ich möchte hieran einige Bemerkungen knüpfen: Die durch cystische Geschwülste innerhalb des kleinen Beckens bei der Geburt entstehende Gefahr besteht einmal darin, dass der vorliegende Kindestheil am Tieferücken gehindert wird, wodurch es zur Uterusruptur kommen kann, sodann in der Möglichkeit des Berstens des Tumors mit nachfolgenden Blutungen und Erguss des Cysteninhaltes in die Peritonealhöhle. Wird die Geschwulst nicht zerkleinert, so kommt es bei fortschreitender Geburt wohl auch zur Ruptur der hinteren Scheidenwand und Prolaps des Tumors. Derartige Ereignisse sind mehrfach in der Litteratur erwähnt, z. B. bei Spiegelberg (1). Hinsichtlich der für das therapeutische Handeln äusserst wichtigen Differentialdiagnose, ob solider oder cystischer Tumor vorliegt, ist zu beachten, dass fest im kleinen Becken eingekeilte, womöglich mehrkammerige Cysten in Folge des hohen Druckes, unter dem sie stehen, eine feste Consistenz vortäuschen können. Sehr lehrreich ist in dieser Beziehung ein von Ostermayer (2) beschriebener Fall. Es handelte sich um einen grossen, anscheinend soliden Tumor, bei welchem die Probepunktion zu einem negativen Resultate geführt hatte, weil die Nadel sich in einem mächtigen Haarballen eingebohrt hatte, der bei der nachträglich durch das hintere Scheidengewölbe gemachten Inzision mit den Fingern entfernt wurde, worauf sich etwa ein Liter dicklicher, grauer, mörtelartiger Masse sowie noch weitere drei Haarballen entleerten. Man scheue sich also nicht, selbst bei anscheinend festen Tumoren mit starker Kantile eine Probepunktion, eventuell eine Probeinzision zu machen. Ist die Cystennatur der Geschwulst festgestellt, so hat man den Inhalt durch Punktion oder Inzision möglichst vollständig zu entleeren.

Uebrigens sei erwähnt, dass die meisten Lehrer der Geburtshülfe, z. B. Schroeder, Spiegelberg, Dührssen (3) bei beweglichen, im kleinen Becken gelagerten Ovarialtumoren die Reposition über den Beckeneingang in Narkose als erste zu versuchende Maassnahme empfehlen. Erst wenn diese misslingt, ist zur Punktion zu schreiten.

In dringenden Fällen: unter der Geburt, in der Privatpraxis wird sich der Arzt solchen Tumoren gegenüber kaum anders verhalten können, als es in diesem Falle geschehen ist. Die von Martin (4) und Schroeder (5) angegebenen Methoden zur Radikaloperation solcher Cysten sowie eventuell die vaginale Ovariectomie, die unter Umständen Ahlfeld (6) empfiehlt, kommen nur bei klinischer Behandlung in Betracht.

Zum Schlusse sei noch mit einigen Worten der narbigen Ver-

engung des Muttermundes gedacht. In prophylaktischer Hinsicht erscheint es rathsam, die Amputatio portionis, sofern die Möglichkeit des Eintritts von Gravidität vorliegt, nur auf die dringendsten Fälle zu beschränken. Beherzigenswerth erscheint der Vorschlag von Lapage (7), jeden nennenswerthen Cervixriss wie die Dammrisse gleich im Anschluss an die Entbindung zu nähen. P. Müller (8) schildert die bei der Geburt durch Atresie und Stenose des Muttermundes bedingten Gefahren: „Die Hindernisse werden nur selten auf natürlichem Wege überwunden. Meistens kommt es zu starker Dehnung des unteren Uterussegmentes und zuweilen zu so hochgradigem Abwärtsdrängen desselben, dass es vor den äusseren Genitalien zum Vorschein kommen kann. Häufig reisst die gedehnte Stelle ein und lässt den Kopf durch den Riss austreten, oder es tritt höhere Uterusruptur ein. Bei Stenosen kommen Einrisse in den Muttermund vor sowie sogar ringförmiges Abreissen. Die narbige Verengung ist bei Eintritt der Geburt durch Inzisionen zu beseitigen. In Betracht kommt ferner die Anwendung der Metreuryse, wenn das Kind lebt.“

Litteratur. 1. Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshülfe, 2. Auflage, S. 475. — 2. Ostermayer, Dermoidcyste als Geburtshinderniss. Kraniotomie. Inzision des Sackes mit Herannähen desselben. Heilung. Centralblatt für Gynäkologie 1897, S. 617. — 3. Dührssen, Geburtshülflches Vademecum 1899, S. 118. — 4. A. Martin, Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten 1885, S. 198. — 5. Schroeder, Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane 1887, S. 487. — 6. Ahlfeld, Lehrbuch der Geburtshülfe 1898, S. 263. — 7. Comptes-rendus de la société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris 1899. Ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1899, S. 792. — 8. P. Müller, Handbuch der Geburtshülfe 1889, Bd. II, S. 842.